

**Psychoreaktive
Störungen im mittleren Mannesalter**

Gertrud Ullmann

Aus der Nerven-Klinik der Universität München
Direktor: Prof. Dr. K. K o l l e

Psychoreaktive Störungen im mittleren Mannesalter



Inaugural-Dissertation
zur
Erlangung der Doktorwürde
in der gesamten Medizin
verfaßt und einer
Hohen Medizinischen Fakultät
der Ludwig-Maximilians-Universität
zu München

vorgelegt von
Gertrud Ullmann
cand.med.
aus
München

1957

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät der
Universität München

Referent: Priv. Dozent Dr. E. J. M e y e r

Dekan: Professor Dr. med. B ü n g e l e r

Tag der mündlichen Prüfung: 12. 12. 1957

I n h a l t

Seite:

Einleitung	1
Methodik	3
1. Zahlenmäßige Zusammenstellung der Krankheitsfälle und Gutachten sowie deren Verteilung auf die ein- zelnen Gruppen	4
2. Statistik	5
Diskussion der Ergebnisse	13
Vergleich zu den Paralleluntersuchungen	17
Beispiele	20
Zusammenfassung	23
Literatur	24
Lebenslauf	26



Digitized by the Internet Archive
in 2026

E i n l e i t u n g

"Die Mitte des Lebens ist der Moment größter Entfaltung, wenn der Mensch noch mit seiner ganzen Kraft und seinem ganzen Willen in seinem Werke steht. Aber in diesem Augenblick auch wird der Abend geboren, die zweite Lebenshälfte beginnt" (C.G. Jung: Seelenprobleme der Gegenwart). Jetzt ist die Zeit angebrochen, in der es zu Krisen und abnormen Reaktionen kommen kann, wenn der Mensch einsehen muß, daß die zweite Lebenshälfte nicht mehr nach den Prinzipien der vorhergehenden Jahre gestaltet werden kann. Dorothea Scharmann spricht von einer Krise um Vierzig, die häufig durch subjektive und objektive Alterserlebnisse ausgelöst werde. Der Vierziger muß eine Neuorientierung vornehmen, die ihm Daseinserweiterung oder aber Verengung und Reduzierung des eigenen Spielraums bringen.

"Ein gesunder Mensch, der eine mehr aus innerer Anlage, der andere mehr auf Grund der Erziehung (auch der durch das Leben) geht über objektiv harmlose Störungen des Wohlbefindens, die durch Schädigungen des Körpers und der Psyche verursacht sind, zur Tagesordnung über" (F.A. Kehrer). Es kommt jedoch nicht selten beim Fehlen dieses normalen "Gesundheitswillens" (wie KEHRER es nennt) zu abnormen Reaktionen. Die psychogenen Reaktionen heißen Reaktionen, weil sie keine Krankheiten sind. Von Krankheiten unterscheiden sie sich dadurch, daß ihre Träger nicht von einer psychogenen Reaktion oder Neurose von außen her wie von Traumata oder Infektionskrankheiten befallen werden, sondern sie selbst "produziert".

Im medizinischen Sinne ist Krankheit immer Krankheit des Leibes (K. Schneider). Unter einer psychischen Erkrankung versteht man also "das psychische Bild einer spezifischen Änderung im Ablauf der Lebensvorgänge, die in Organen des Körpers vor sich gegangen ist, von denen das Seelenleben gesteuert wird". (Luxemburger) Problematisch wird diese These durch das Vorhandensein der sogenannten "psychischen Prozesse" (JASPERS). Auch hier spricht man von Krankheiten. Hierbei ist zu beachten, daß der Begriff der psychischen Krankheit nicht einfach dem der körperlichen gleichgesetzt werden kann, andererseits aber auch, daß der Begriff der psychischen Krankheit nicht von dem der körperlichen Krank-

heit gelöst und als selbständiges psychisches Geschehen allein betrachtet werden kann. Hier wird der Begriff Krankheit zu einem Grenzbegriff.

Wenn es sich bei den psychogenen Reaktionen nicht um Krankheiten handelt, so liegt dieser Feststellung der naturwissenschaftlich-biologische Krankheitsbegriff zugrunde. Wer bei einer abnormen Reaktion trotzdem von Krankheit spricht, begibt sich auf eine andere Ebene, die vom geistig-metaphysischen Krankheitsbegriff beherrscht ist, etwa nach den Worten von Weizsäckers (Der Arzt und der Kranke): "Das Wesen des Krankseins ist eine Not und äußert sich als Bitte um Hilfe; ich nenne den krank ..., in dem ich als Arzt die Not erkenne". Hier ist auf das Wesen des Krankseins als geistig-seelisches Phänomen abgezielt. Daß auch dieser Krankheitsbegriff für den Kliniker belangvoll ist, der "die doppelte Ganzheit des Menschen" (BINSWANGER) erfassen will, bedarf keiner Begründung.

An Hand unserer Untersuchung soll geklärt werden, ob die Bereitschaft zu psychoreaktiven Störungen beim Mann im mittleren Lebensalter gesteigert ist, und welche Modifikationen gegenüber den anderen Lebensaltern aufzuweisen sind. Die Untersuchung beschränkt sich auf klinisch beobachtete Kranke. Man müßte die Ergebnisse durch ein ambulantes Krankengut ergänzen, das aber in seinem Wert wieder durch diagnostische Unsicherheiten belastet ist.

M e t h o d i k

Aus den Krankenblättern der Universitäts-Nervenklinik München wurden für die Jahrgänge 1953/54/55 alle psychoreaktiven Störungen herausgesucht. Zurückblieb die Gruppe der organischen Erkrankungen, der endogenen Psychosen und der unklaren Fälle.

Unter dem Sammelnamen "psychoreaktive Störungen" haben wir zusammengefaßt:

Psychopathen
Süchtige
Suicidversuche
Alkoholismus
reaktive Verstimmungszustände
psychogene Störungen
Neurosen

Im Verlauf der Untersuchung hat sich gezeigt, daß es schwierig ist, die unter der Diagnose: Psychopathie, psychogene Störung und Neurose aufgeführten Fälle gesondert zu behandeln. Bei den unter Psychopathie laufenden Personen handelte es sich vielfach um Männer mit asozialen Zügen, die z.B. wegen Brandstiftung, Exhibitionismus oder querulatorischem Verhalten zur Klinikaufnahme gelangten; sie kamen vielfach zur forensischen Begutachtung. Die Diagnosen: psychogene Störungen und Neurosen überschneiden sich häufig und waren daher schwerlich in eine der Gruppen einzuordnen. Wir entschlossen uns daher, da diese drei Gruppen kaum auseinanderzuhalten waren, sie unter "Psychopathie und abnorme psychische Verhaltensweisen" zusammenzufassen.

An Hand der einzelnen herausgesuchten Krankenblätter hat es sich weiterhin als notwendig erwiesen, noch eine große Unterteilung vorzunehmen. Wir stellten eine Kern- und eine Randgruppe auf.

Die Kerngruppe enthält alle jene Fälle, die ein eindeutig psychisch abnormes Verhalten boten. Die Randgruppe umfaßt:

- a) reaktiv ausgelöste endogene Psychosen,
- b) organische Erkrankungen mit abnormen psychischen Verhaltensweisen, bei denen die organische Erkrankung den Kern darstellt,

- c) Fälle, bei denen an sich voneinander unabhängige organische und psychoreaktive Störungen zusammentreffen.

In der Randgruppe sind außerdem die Gutachtenfälle enthalten, bei denen rentenneurotische Tendenzen im psychischen Befund oder in der Beurteilung angegeben wurden. Diese Eingliederung erschien uns deswegen gerechtfertigt, weil es doch wohl gerade bei dieser Variation menschlichen Versagens sehr viel auf die Position des einzelnen Gutachters ankommt, die dieser im Hinblick auf das psychische Verhalten seines Probanden einnimmt. Lediglich einige wenige Fälle, bei denen jede organische Schädigung mit Sicherheit ausgeschlossen werden konnte, wurden im Rahmen der Kerngruppe belassen.

Bei Durchsicht der zur Verfügung stehenden Krankengeschichten sind immer wieder unklare Fälle aufgetaucht. Wir haben sie unter der Überschrift "ungeklärte Fälle" zusammengefaßt und bei der Berechnung des Anteils der psychoreaktiven Störungen am Gesamt-Krankengut nicht berücksichtigt.

Kurz möchten wir noch erwähnen, daß es bei einem so umfangreichen Krankengut wie dem einer Universitäts-Nervenklinik in einer Großstadt mit ausgedehntem Hinterland, das von einem großen Personenkreis (wie Gerichtspsychiater, Ärzten bei Versorgungsämtern u.ä.m.) als Unterlage beansprucht wird, unvermeidbar ist, daß für eine statistische Erhebung durch Fehlen einzelner Krankenblätter kleine Fehlerquellen auftauchen.

Zahlenmäßige Zusammenstellung der Krankheitsfälle und Gutachten sowie deren Verteilung auf die einzelnen Gruppen.

Aus den Diagnosebüchern und Krankenblättern der Universitäts-Nervenklinik München aus den Jahrgängen 1953/54/55 ermittelten wir in dem männlichen Personenkreis der 30-40, 40-50 und 50-60jährigen folgende Zahlen:

I. Organische Erkrankungen des zentralen und peripheren Nervensystems, endogene Psychosen:

1953	1046
1954	902
1955	854

II. Psychoreaktive Störungen:

1953	203	(davon 159 Kerngruppe + 44 Randgruppe)
1954	129	(" 106 " + 23 ")
1955	121	(" 94 " + 27 ")

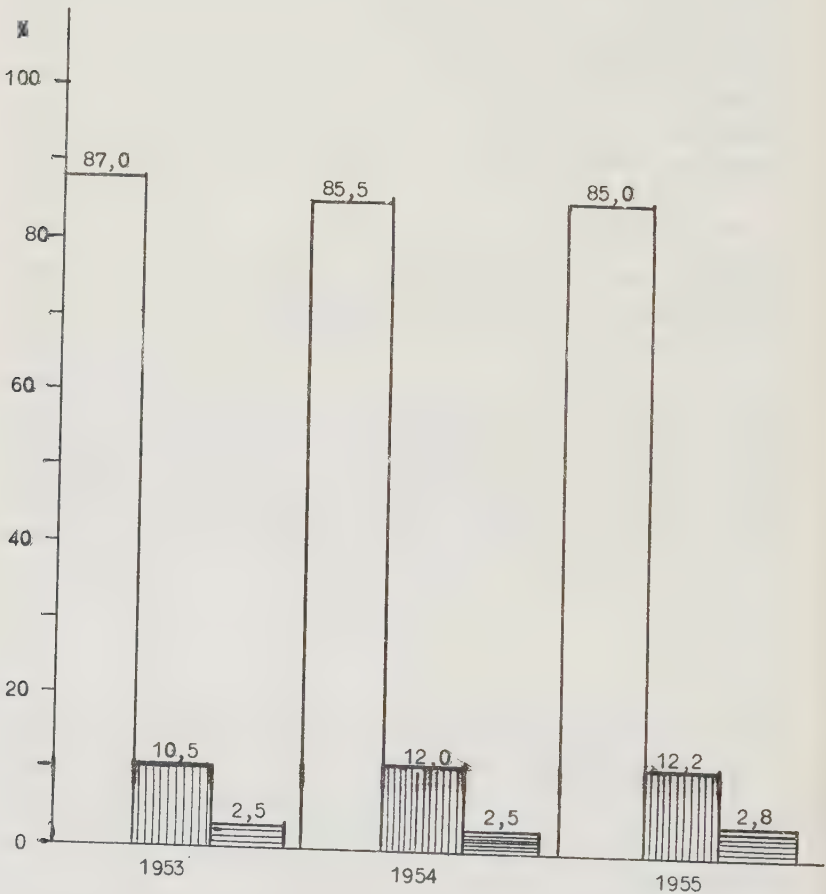
III. Ungeklärte Fälle:

1953	21
1954	13
1955	13

IV. Begutachtungen:

1953	183
1954	184
1955	256

Im Folgenden möchten wir an Hand von Diagrammen die ermittelten Zahlen darstellen, um daraus über die Situation des Mannes im mittleren Lebensalter und seine Schwierigkeiten auszusagen:



-  = organ. Krankheitsfälle
+ endogene Psychosen
-  = Kerngruppe
-  = Randgruppe

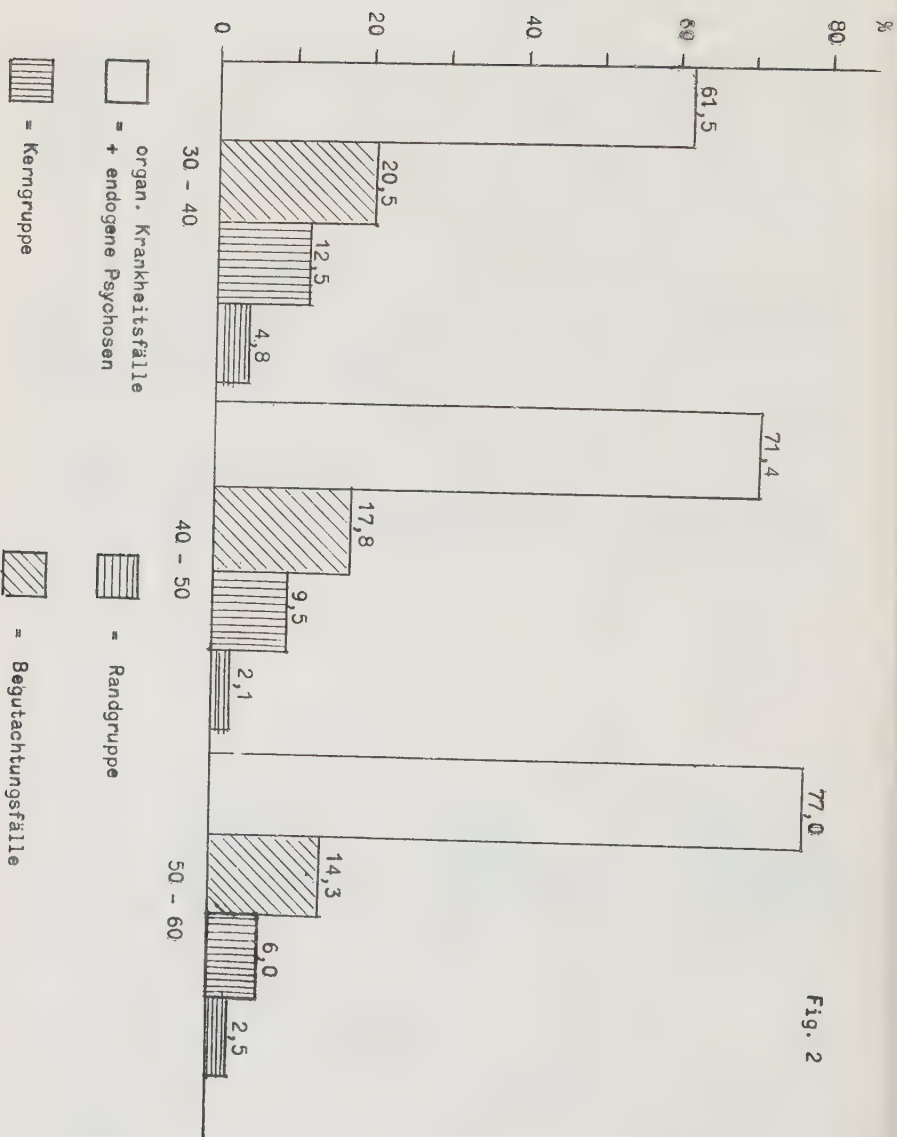
Wir ersehen aus Abb. 1), daß die Zahl der Aufnahmen aller Krankheitsformen in den drei zur Diskussion stehenden Jahrgängen geringfügig abfällt. Weiterhin zeigt die Statistik, daß das Verhältnis der drei Gruppen zueinander immer das gleiche bleibt.

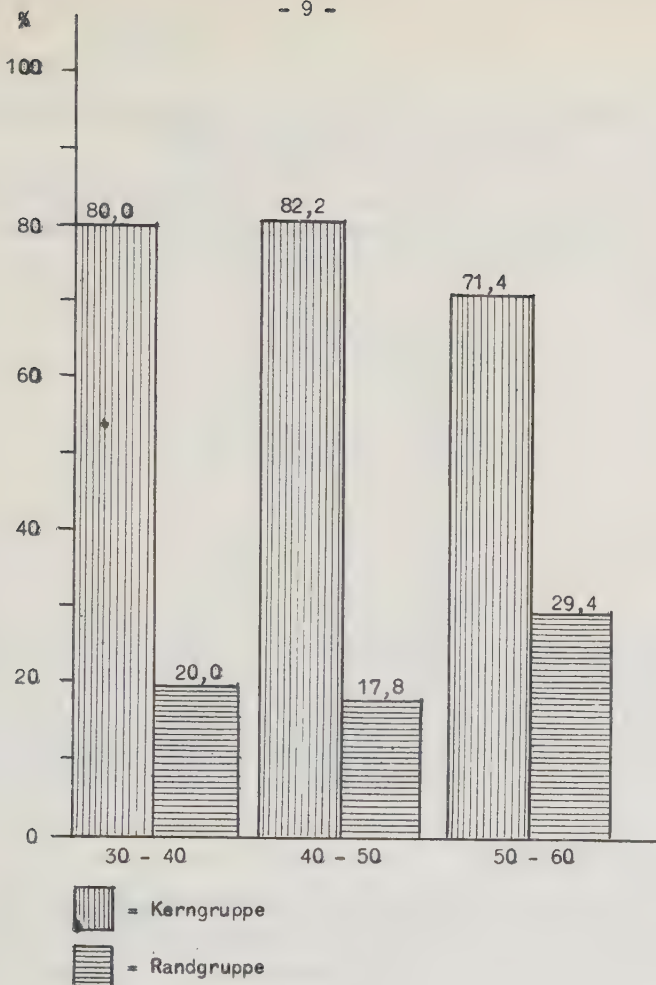
Es fällt ins Auge, daß der Prozentsatz der organischen Krankheitsfälle sowie der endogenen Psychosen sehr viel höher liegt als der der von uns unter "psychoreaktive Störungen" zusammengefaßten Fälle. Die Aufteilung der letzteren in Kern- und Randgruppe zeigt, daß der größere Anteil der psychoreaktiven Störungen der Kerngruppe zufällt, und die Randgruppe nur einen geringen Prozentsatz ausmacht.

Fig. 2, die den prozentualen Anteil der einzelnen Krankheitsgruppen, einschließlich der Begutachtungsfälle, an den drei Altersgruppen (30-40, 40-50, 50-60 Jahre) darstellt, zeigt mit zunehmendem Alter ein Anwachsen der organischen Krankheitsfälle sowie endogenen Psychosen. Dieser Anstieg beginnt etwa im 40. Lebensjahr. Die Zahl der psychoreaktiven Störungen dagegen sinkt mit zunehmendem Alter ab.

Ein Vergleich mit einer Abbildung (Nr. 14) aus der Arbeit von Stucki, Bern weist darauf hin, daß die maximale Erkrankungshäufigkeit der reaktiven Depressionen bei 40 Jahren liegt.

Fig. 2





In Abb. 3 haben wir Kern- und Randgruppe zueinander ins Verhältnis gesetzt, um zu zeigen, wie die in der Randgruppe zusammengefaßten Krankheitsfälle (psychoreaktive Störungen bei organischer oder endogen-psychotischer Erkrankung) vom 50. Lebensjahr ab ansteigen, während - wie bei Abb. 2 bereits hervorgehoben - die Zahlen der Kerngruppe vom selben Altersabschnitt an abfallen. Dies beruht darauf, daß mit zunehmendem Alter die körperliche und seelische Leistungsfähigkeit abnimmt. Mit fortschreitendem Lebensalter treten vor allem körperliche Abnutzungserscheinungen, die mit arteriosklerotischen oder anderen Involutionsprozessen zusammen-

hängen, immer stärker in den Vordergrund und prädestinieren den alternden Menschen für Erkrankungen aus diesem Formenkreis.

In den folgenden fünf Abbildungen (Fig. 4-8) geben wir eine Übersicht über den prozentualen Anteil der einzelnen Erkrankungsformen an der Gesamtsumme der zur Kerngruppe zusammengefaßten Fälle:

Fig. 4

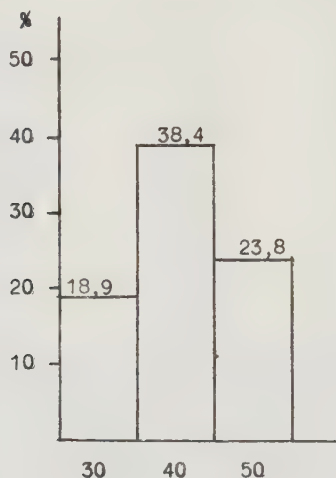


Abb. 4 zeigt den steilen Anstieg der Zahl der Alkoholiker von 18,9 % bei den 30-40jährigen auf mehr als die Hälfte im nächsten Jahrzehnt, während die Werte für die 50-60jährigen wieder auf 23,8 % absinken.

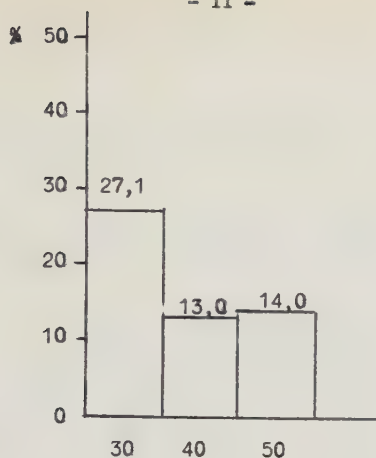


Fig. 5

Abb. 5 gibt uns einen Überblick über "Psychopathen und abnorme Verhaltensweisen" (Neurosen und psychogene Störungen). Die höchste Zahl liegt mit 27,1 % im vierten Lebensjahrzehnt. Hingegen erreicht die Anzahl der "reaktiven Verstimmungszustände" - wie aus der folgenden Abb. 6 zu entnehmen ist - ihren Höchststand bei den 50-60jährigen.

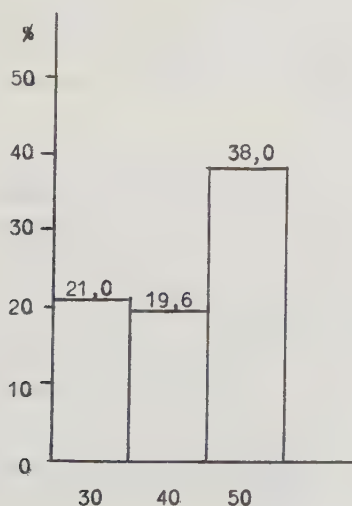


Fig. 6

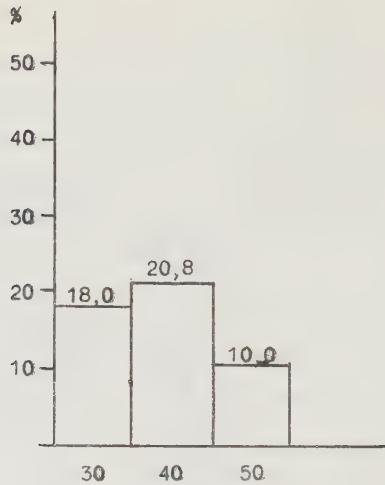


Fig. 7

Aus Abb. 7 entnehmen wir die Zahlen für die "Suicidversuche". Sie liegen mit 18,0 % im vierten und 20,8 % im folgenden Jahrzehnt auf annähernd gleicher Höhe, um dann im sechsten Lebensjahrzehnt auf die Hälfte abzusinken.

Als letztes Diagramm aus dieser Reihe gibt uns Abb. 8 Aufschluß über die Zahlen bei den "Süchtigen".

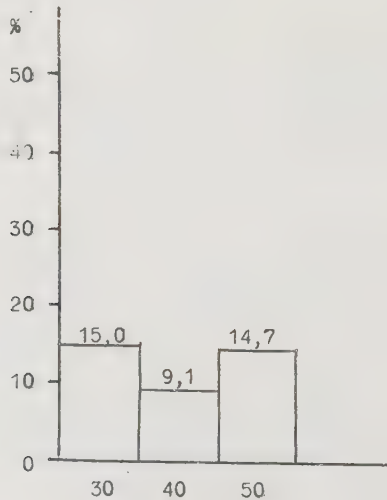


Fig. 8

Diskussion der Ergebnisse

Von 3925 Klinikaufnahmen der 30-60jährigen männlichen Patienten aus den Jahren 1953/54/55 litten

3472 = 90,9 % an organischen Erkrankungen des zentralen und
peripheren Nervensystems sowie endogenen Psychosen
und 453 = 10,1 % an psychoreaktiven Störungen.

Aus Abb. 1 unserer Statistik geht hervor, daß in diesen drei Jahren die Aufnahme von männlichen Patienten - sowohl endogen-psychotisch und organisch als auch psychoreaktiv Erkrankten - abgenommen hat.

Diese Wahrnehmung finden wir in einer Arbeit von A. Stucki, Bern (Fig. 8) bestätigt. Auch hier wird aufgezeigt, daß der "prozentuale Anteil der reaktiven Depressionen an den gesamten Anstaltsaufnahmen" vom Jahre 1950 an abfällt.

Wesentliche Erkenntnisse für unsere Untersuchungen brachte Fig. 2 unserer Statistik. Ab 5. Lebensjahrzehnt kommt es zu einem Anwachsen der Zahl der organischen Erkrankungen sowie endogenen Psychosen auf der einen, und zu einem Absinken der psychoreaktiven Störungen auf der anderen Seite. Danach weist der Mann im 6. Lebensjahrzehnt eine erhöhte Anfälligkeit für organisch-bedingte Krankheitsformen, die sicherlich mit dem allmählich einsetzenden Involutionsprozeß zusammenhängt, auf, während sein Anteil am Kontingent der psychoreaktiven Störungen im Verhältnis zu den Jüngeren abnimmt.

Das gleiche ersehen wir auch aus Abb. 3, wo die Zahlen der Randgruppe für die 3. Altersstufe anwächst. Dieses Anwachsen hängt unserer Meinung nach sicherlich auch mit den altersbedingt einsetzenden Abbauvorgängen zusammen. Es hat sich bei eingehender Prüfung der Krankengeschichten immer wieder erwiesen, daß bei psychoreaktiven Störungen im höheren Lebensalter eine mehr oder weniger deutlich hervortretende organische Komponente vorhanden war, die eine Eingliederung dieser Fälle in die Gruppe der Kernfälle meist nicht zuließ.

Um noch einmal auf die aus Abb. 2 gewonnenen Einsichten zurückzukommen, möchten wir hervorheben, daß auch die "Begutachtungsfälle" im 6. Lebens-

jahrzehnt abnehmen. Wir glauben, daß hier die zahlreichen Begutachtungen wegen Kriegsschadensrente entscheidend ins Gewicht fallen. Daß die Zahlen für die jüngeren Jahrgänge erheblich höher liegen, ist durchaus verständlich, wenn man bedenkt, daß der zur Diskussion stehende männliche Personenkreis (also die Jahrgänge von 1925 an rückwärts) durch den letzten Krieg erheblich in Mitleidenschaft gezogen worden ist. Viele von diesen Männern sind in den Jahren 1953/54/55 wegen Gewährung einer solchen Rente in die Universitäts-Nervenklinik zur Begutachtung gekommen und haben in diesem Zusammenhang ein abnormes psychisches Verhalten demonstriert. Andere wieder wurden wegen der Folgen eines Unfalls, bei der Ausübung ihres Berufes erlitten, begutachtet. Obwohl heute der Prozentsatz der berufstätigen Frauen im Gegensatz zu früher erheblich gestiegen ist, muß man doch sagen, daß der Mann im entsprechenden Lebensalter in seinem Berufsleben exponierter ist als die Frau, und somit auch den Hauptanteil an den Berufsunfällen stellt.

Als Ursachen für die psychoreaktiven Versagenszustände fanden wir in erster Linie berufliche Schwierigkeiten, weiterhin Ehe- und familiäre Unstimmigkeiten. Auch ein allmähliches Nachlassen der geistigen und körperlichen Spannkraft sowie die Angst, ein gestecktes Ziel nicht mehr zu erreichen oder von einem Jüngeren überflügelt zu werden, führten in einem Teil der Fälle zu abnormen psychischen Verhaltensweisen. STERN hebt hervor, daß der im mittleren Lebensalter stehende Mann einen Kampf "nach zwei Fronten" führen muß. "Vor ihm stehen noch die Älteren, die den Platz besetzt halten, auf den er Anspruch zu haben meint, und hinter ihm stehen die Jungen, die nachdrängen und die nun bereits beginnen, ihm seinen Platz streitig zu machen". (Stern) Somit vermögen Auflehnung und Verbitterung, oft genug mit der Einsicht in die eigenen Grenzen verbunden, das Leben des im mittleren Lebensalter stehenden Mannes zu vergiften.

Häufig tritt abnormes psychisches Verhalten im Anschluß an Berufsunfälle auf. Eine eventuell vorübergehend gewährte Rente vor allem schafft oft den Boden dafür. GRUHLE betont, daß gewisse abnorme Reaktionen, besonders jene, denen das Wort hysterisch als wunschbedingt zukomme, für die reiferen Lebensjahre geradezu pathognostisch seien. Wenn der junge Mensch einen Unfall erleide, nehme er ihn leicht; der ältere dagegen suche in der gleichen Lage daraus Vorteile zu schlagen. In Zeiten allgemeiner Arbeitslosigkeit z.B. sehe man ja etwa das 45. Lebensjahr als die Grenze an, jenseits derer ein Mann nur schwer mehr Arbeit finden könne, wenn Zufall oder Kon-

junktur ihn aus seiner bisherigen Arbeitsstelle vertreiben. Begegne ihm in solcher Lage ein Unfall, so seien zwei Vorbedingungen einer abnormen Reaktion gegeben: das veränderte Lebensgefühl älterer Jahre und der sublimale Wunsch der Entschädigung unter wirtschaftlicher Not. Diese Umstände seien viel wichtigere Motive zur sogenannten Unfalls-(Renten-)Neurose als das Bewußtsein des Versicherten, des Rechts auf Rente, wenngleich auch dieses mitspiele.

Wir möchten in diesem Zusammenhang auf zwei unserer im Folgenden dargelegten Beispiele hinweisen (S. 20), die unsere Ausführungen beleuchten.

Nicht nur die durch den Beruf bedingten Situationen führen zu einer Krisenanfälligkeit des im mittleren Lebensalter stehenden Mannes. Immer wieder tauchen Fälle auf, wo häusliche oder eheliche Schwierigkeiten Ursache für das abnorme Verhalten des Mannes wurden. Der eine fängt an zu trinken, um seinen Kummer zu vergessen, bei dem anderen tritt eine psychogene Störung auf, durch die er das Mitgefühl der ihn bedrängenden Umgebung wachruft.

Besonders dramatisch können solche Krisen werden, wenn der Vater an seinen heranwachsenden Kindern Enttäuschungen erlebt. Wir denken in diesem Zusammenhang sowohl an Schwierigkeiten, die bei Ausbildung, Berufswahl und Situationen auftreten, wo sich der heranwachsende junge Mensch gegen väterliche Autorität und Bevormundung auflehnt, als auch an die Erkenntnis des Vaters, am Leben seiner herangewachsenen Kinder nur noch geringen Anteil zu haben. Die daraus resultierende zunehmende Vereinsamung läßt ihn entweder resignieren oder das Opfer einer reaktiven Verstimmung werden.

Am Beispiel eines 55jährigen Hilfsarbeiters können wir diese Schwierigkeiten klar erkennen. (S. 21)

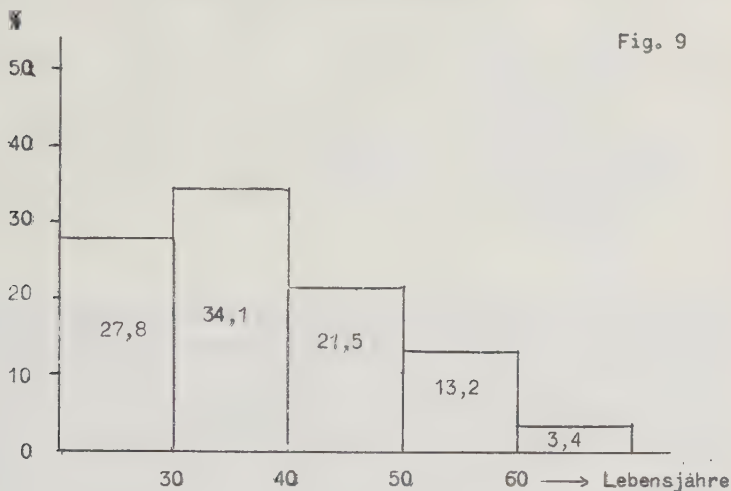
Auch die Tatsache, daß seine Frau altert, birgt für den Mann in diesem Lebensabschnitt Schwierigkeiten in sich. Das Zusammenleben mit ihr erscheint ihm nicht mehr so abwechslungsreich, sie selbst nicht mehr so begehrenswert wie in jüngeren Jahren. Diese Motive finden wir häufiger bei Männern in den weniger differenzierten Bevölkerungsschichten; rein äußerliche Aspekte spielen hier bei der Wahl der Ehepartnerin meistens die entscheidende Rolle.

STERN sagt, daß es das Körpererlebnis sei, das dem Menschen die Tatsache,

daß er altere, zum Bewußtsein bringe. Abb. 6 unserer Arbeit führt deutlich vor Augen, daß es im 6. Lebensjahrzehnt zu einem erheblichen relativen Ansteigen der reaktiven Verstimmungszustände unter den psychoreaktiven Störungen kommt. Dieses Anwachsen bei alternden Menschen erklärt sich aus den durch das zunehmende Alter bedingten Versagenszuständen. Die Kräfte werden aufs äußerste angespannt; dabei kommt es zu Überarbeitung, zu Erschöpfungszuständen, die sich gerade in diesem Lebensabschnitt häufen. Abnützungs- und Gefäßkrankheiten beeinträchtigen den Mann in seiner körperlichen und seelischen Leistungsfähigkeit. Abnahme des Gedächtnisses, Nachlassen der Wendigkeit und des Anpassungsvermögens - alle diese mit dem Involutionsprozeß zusammenhängenden Erscheinungen konfrontieren ihn in zunehmendem Maße mit dem Altern. Auch die Angst vor einer schweren Krankheit, z.B. einem Carcinom, kann zu einer Überbewertung geringer körperlicher Störungen und zur Hypochondrie führen.

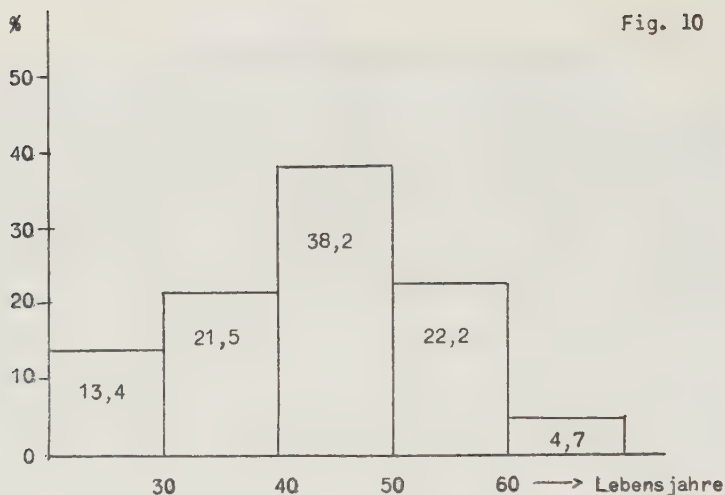
Vergleich zu den Paralleluntersuchungen

Diese Abhandlung ist der Teil einer Gemeinschaftsarbeit (Helmich, Reisinger, Ullmann). Der eine Mitarbeiter (P. Helmich) behandelt die psycho-reaktiven Störungen bei Frauen im mittleren Lebensalter, während der andere (T. Reisinger) Männer und Frauen zwischen 20 und 29 Jahren und über 60 Jahren in gleicher Weise untersucht hat. Die Gegenüberstellung dieser drei Themen bietet folgende Vergleichsmöglichkeiten:



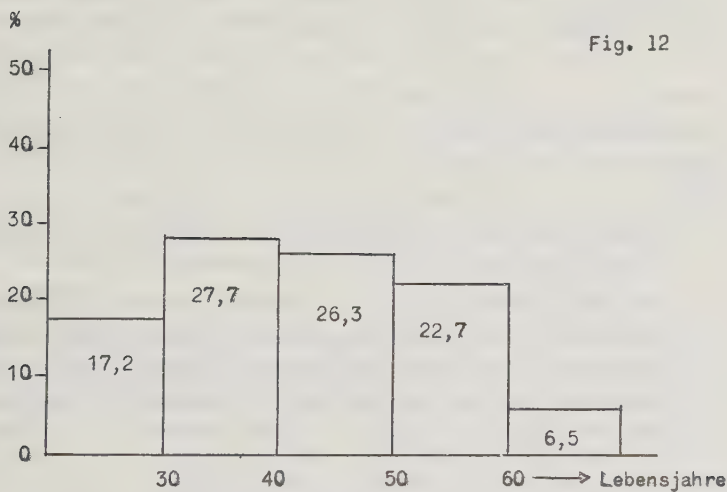
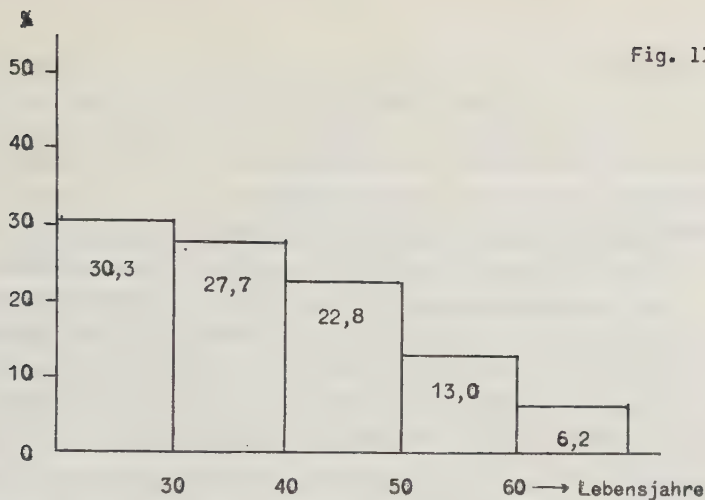
Ein Vergleich der Kerngruppen bei den Frauen der gleichen Altersspanne sowie den 20-29jährigen und über 60 Jahre alten Frauen, wie ihn uns Abb. 9 aufzeigt, läßt erkennen, daß die Höchstwerte bei den Frauen im vierten Lebensjahrzehnt liegen und mit zunehmendem Alter kontinuierlich abfallen. Zieht man vergleichsweise Fig. 11 dieser Arbeit heran, so ist daraus zu erkennen, daß die psychoreaktiven Störungen bei Männern ihre höchsten Werte im dritten Lebensjahrzehnt haben.

Die folgende Abb. 10 sagt aus, daß die Zahlen für die Randgruppe der Frauen bei den 40-50jährigen Frauen ihren höchsten Stand erreichen.



Diese beiden Abbildungen bestätigen unsere Erkenntnis, daß gerade die im vierten Lebensjahrzehnt stehende Frau auf schwierige Situationen, die sich aus ehelichen, beruflichen und häuslichen Unstimmigkeiten ergeben, mit abnormen psychischen Verhalten reagiert. So waren z.B. bei 81% der "Suicidversuche" die Ursachen in ehelichen und häuslichen Umständen zu suchen. Daß hingegen die Zahlen für die Randgruppe bei den 40-50jährigen Frauen am höchsten liegen, mag sicherlich mit darauf beruhen, daß hier der organische Vorgang des Klimakteriums und anderer Abnutzungserscheinungen eine entscheidende Rolle spielt.

In den beiden folgenden Abbildungen (Fig. 11 und 12) vergleichen wir die Kern- (Fig. 11) und Randgruppe (Fig. 12) der 20-29jährigen sowie über 60 Jahre alten Männer mit den 30-60jährigen Männern in allen drei Jahren.



Aus Abb. 11 erhellt, daß die Anzahl der in der Kerngruppe zusammengefaßten psychoreaktiven Störungen mit zunehmendem Alter von 30,3% bei den 20-29jährigen männlichen Patienten auf 6,2 % bei den über 60jährigen abfällt. Dagegen finden wir in der Randgruppe ein Ansteigen der Werte von 17,2% bei den 20-29jährigen auf 27,7% bei den 30-40jährigen Patienten, und dann ebenfalls ein Absinken der Kurve.

B e i s p i e l e

Aus dem durchgearbeiteten Krankengut haben wir einige Beispiele herausgegriffen.

45jähriger Landarbeiter erleidet bei Gewitter Blitzschlag. Auf dem Heimweg zusammengebrochen, ins Krankenhaus eingeliefert. Nach 7-tägiger Krankenhausbehandlung wieder völlig hergestellt und beschwerdefrei entlassen. 1/4 Jahr später nach häuslichem Streit psychogener Anfall. In der Folgezeit wiederholt im Anschluß an Aufregung im Beruf oder häuslichen Unstimmigkeiten psychogene Anfälle, zudem ständiges Klagen der mannigfachsten Beschwerden.

"Wenn man die Geschichte einer Neurose aufmerksam verfolgt, so findet man regelmäßig einen kritischen Moment, in dem ein Problem auftaucht, welchem ausgewichen wurde" (C.G. JUNG). Hier trifft den einfachen Landarbeiter das unvorhergesehene Ereignis. Obwohl körperlich wieder völlig hergestellt, ist er doch innerlich mit dem Unfallereignis noch nicht fertig geworden. Hinzu kommt seine schlechte wirtschaftliche Lage, die es ihm wünschenswert erscheinen läßt, weiterhin im Genuß einer Rente zu verbleiben.

42jähriger Maurer stürzt 7 m tief vom Gerüst, leichte Commotio, Rippenbrüche.

Vier Jahre später klagt er, an vielerlei vegetativen Beschwerden zu leiden, die sich im Anschluß an schwere Kriegserlebnisse entwickelt und nun durch den Unfall verschlimmert hätten. In seinem gesamten Verhalten kommt deutlich seine rentenneurotische Einstellung zum Ausdruck: "Warum soll ich keine Rente bekommen, wenn andere auch eine haben?"

Nachdem es für den Probanden schon nicht möglich war, seine Kriegserlebnisse zu verarbeiten, kann er über das zweite seelische Trauma in seinem Leben ebenfalls nicht hinwegkommen. Da er zudem den Anforderungen in seinem Beruf nicht mehr gerecht werden konnte, hätte er gerne die durch den Arbeitsunfall gebotene Möglichkeit, in den "Ruhestand" zu treten, ergriffen.

Diese beiden Fälle sind auch insofern interessant, als man sie bei Nichtversicherten oder solchen, die kein Interesse daran haben, für krank ge-

halten zu werden, kaum sieht, während alle an ihrer wirtschaftlichen Lebenssicherung Interessierten häufig diese Bilder zeigen. An die Stelle der Erleichterung, die der Unversicherte spürt, wenn eine Gesundheitsstörung behoben ist, tritt beim Versicherten vielfach das Unbehagen darüber, daß nunmehr auf Versicherungsleistungen verzichtet werden soll, und daß er aus der Sicherung seiner Existenz wieder in die ungeschützte Situation des Lebenskampfes zurückkehren muß. Daher fährt er fort zu klagen, ohne noch zu leiden.

Ähnlich den Renten- bzw. Unfallneurotikern, die aus ihrem neurotischen Verhalten Kapital schlagen wollen, verhalten sich Patienten, die mit Hilfe von psychogenen Körperstörungen versuchen, einer schwierigen Situation oder sonstigen Unannehmlichkeit ihres Lebens auszuweichen. Oftmals bietet ihr Körper ihnen durch irgendein leichtes Versagen ein Fundament, auf dem sie ihr psychogenes Gebäude errichten. Kurt SCHNEIDER sagt, daß psychogene Körperstörungen nach allen seelischen Erschütterungen häufig seien. Ein Kummer "schlägt" auf das oder jenes, meist übrigens schon anfällige Organsystem.

33jähriger Ukrainer wider Willen in deutsche Wehrmacht gekommen, in französische Gefangenschaft geraten. Will sich an nichts mehr erinnern können, um zu verhindern, daß man ihn ausliefert oder wegen seiner Wehrmachtzugehörigkeit zur Rechenschaft zieht. Leidet seit frühester Jugend an Schwerhörigkeit infolge einseitiger Mittelohreiterung.

Proband erwies sich von primitiv-schlauer Wesensart. Otologische Untersuchung ergab einwandfreies einseitiges Gehör. Hoffte auf dem Boden seiner "psychogenen Taubstummheit" allen Unannehmlichkeiten ausweichen zu können.

Das schwerhörige eine Ohr ist der locus minoris resistentiae seines Organismus, der seinem Wunsch: "Weg von der Gefahr und nicht mehr in sie hinein" (K. SCHNEIDER) dienstbar gemacht wird.

55jähriger Hilfsarbeiter macht wegen Streitigkeiten mit seinen erwachsenen Söhnen einen Suicidversuch. Man will ihn, der nun alt und kränklich geworden ist, aus seinem selbst gebauten Haus herausdrängen.

An der Schwelle des Alters sieht sich dieser Mann um die Frucht seiner gan-

zen Lebensarbeit betrogen durch seine eigenen Kinder. Er fühlt sich verlassen und schutzlos, ohne Heimat. "Noch im 3. Lebensjahrzehnt glaubt der Mensch, sich überall wohl fühlen zu können, aber schon im 4. Lebensjahrzehnt überkommt ihn nicht selten die Sehnsucht nach einer Heimat. Vielleicht sehnt er sich nicht so sehr nach seiner Heimat, als nach irgendeiner Heimat überhaupt" (STERN).

Neben dem beginnenden Alterungsprozeß sind es auch organische Leiden, die zu abnormen Verhaltensweisen - im folgenden Beispiel zur Sucht - führen.

Seit der Pubertät leider Dr. G. an progressiver Muskeldystrophie. Um seine Leistungsfähigkeit infolge der erhöhten Anforderungen nach dem Zusammenbruch 1945 zu steigern, greift er zu morphiumhaltigen Drogen. Nach Verlust von Existenz und Familie kommt er körperlich und seelisch immer mehr herunter, bis er schließlich in völlig verwahrlostem und heruntergekommenem Zustand auf der Straße aufgelesen und in die Klinik gebracht wird. Dort stirbt er nach zweimaliger Behandlung an völliger Erschöpfung und Kreislaufversagen.

Bei dem letzten unserer Beispiele handelt es sich um einen 47 Jahre alten Kaufmann, der mit knapper Not an einem ungesicherten Bahnübergang dem Tod entronnen ist: in 3 m Entfernung sauste der Eilzug an seinem Auto vorbei. Patient war im Anschluß an das Geschehen völlig apathisch und wie gelähmt. Wochenlang litt er dann unter nur allmählich abklingenden vasomotorischen Erscheinungen.

Es handelt sich hier um eine Schrecksituation, hervorgerufen durch das Erlebnis einer plötzlichen Lebensbedrohung. Als Folge könne sich ein Schreckdämmerzustand oder, wie im vorliegenden Fall, ein sogenannter Emotionsstupor (Schrecklähmung) zeigen (K. SCHNEIDER).

Panse schreibt in seiner Monographie "Angst und Schreck": "Das Spezifische des Schrecks, das ihn von anderen Emotionen unterscheidet, ist die Plötzlichkeit des Einbruchs in die Psyche". Bei abnormen Erlebnisreaktionen nach Schrecksituationen komme es zu einer Verflechtung von zwei wesensverschiedenen Vorgängen, von organisch-funktionellen einerseits und psychischen Vorgängen andererseits, und dies besonders leicht bei konstitutionell "Disponierten".

Zusammenfassung

Es wurden aus den Jahrgängen 1953/54/55 die 30-39, 40-49 und 50-59jährigen männlichen Patienten mit psychoreaktiven Störungen ausgewählt und den übrigen (endogen psychotisch und organisch) Kranken gegenübergestellt.

Ergebnisse:

1. Die Anzahl der psychoreaktiven Störungen im mittleren Mannesalter fällt in den drei Jahrzehnten von 45,4% auf 26,9% ab.
2. Die organischen Erkrankungen des zentralen und peripheren Nervensystems und die endogenen Psychosen liegen mit 90,9% weit über den Werten der psychoreaktiven Erkrankungen mit 10,1%.
3. Im Verhältnis zum 4. und 5. Lebensjahrzehnt kommt es im 6. zu einem Ansteigen der Zahlen der organischen Krankheitsfälle und endogenen Psychosen um 10%, während die Zahlen der psychoreaktiven Störungen um 3% absinken.
4. An der Gesamtheit der psychoreaktiven Störungen haben die Alkoholiker und die reaktiven Verstimmungszustände den größten Anteil. Die Alkoholiker liegen bei den 40-50jährigen Männern mit 38% gegenüber 19% bei den 30-40jährigen und 21% bei den 50-60jährigen an der Spitze.
5. Im 6. Lebensjahrzehnt finden wir die meisten depressiven Verstimmungszustände (40 %). Das 5. Lebensjahrzehnt liegt mit 18% und das 4. mit 21% um die Hälfte darunter.
6. Die 30-40jährigen Männer stellen das Hauptkontingent an Psychopathen und Patienten mit abnormen Verhaltensweisen (28%), während unter den 40-50 und 50-60jährigen Männern nur mehr 12% und 15% zu Tage treten.

L i t e r a t u r

- v. Bracken, H.: Wandlungen der menschlichen Persönlichkeit im mittleren u. höheren Alter. Stud.gen. 5, 306 (1952)
- Gruhle, H.: Der Einfluß des Alters auf den Ablauf seelischer Störungen. Z. Altersforsch. 1, 209 (1939)
- Gruhle, H.: Selbstmord und Alter. Z. Altersforsch. 3, 21 (1941)
- Helmich, P.: Dissertation München 1957.
- Hoche, A.: Die Wechseljahre des Mannes. Springer-Verlag, Berlin 1928.
- Jung, C.G.: Seelenprobleme der Gegenwart, psychol. Abhandlg. Bd. III 5. Aufl. Zürich: Rascher-Verlag 1950.
- Kehrer, F.A.: Vom seelischen Altern. Aschendorf-Verlag, Münster 1952.
- Künkel, H.: Die Lebensalter. Dietrichs-Verlag, Jena 1939.
- Panse, F.: Angst und Schreck. Arb. u. Gesundh. Sozialmed. Schriftenreihe 47. Stuttg.: G. Thieme 1952.
- Reisinger, T.: Dissertation München 1957.
- Scharmann, D.: Beiträge zur psychol. Lebenslaufforschung. Psychol. Forsch. 25, 79 (1955) .
- Schneider, K.: Klinische Psychopathologie. 3. Aufl. Stuttg.: G. Thieme 1950.
- Stern, E.: Der Mensch in der zweiten Lebenshälfte. Zürich: Rascher-Verlag 1955.
- Stern, E.: Lebenskonflikte als Krankheitsursache. Zürich: Rascher-Verlag 1952.
- Stucki, A.: Häufigkeit, jahreszeitl. Periodizität u. Altersaufbau der Anstaltsaufnahmen an depress. Erkrankungen in d. Schweiz 1937-1952. Mschr. Psychiat. Neurol. 131, 337 (1956).
- Vischer, A.L.: Seelische Wandlungen beim alternden Menschen. Basel: Benno Schwabe & Co. 1949.

Ich danke Herrn

Priv. Dozent Dr. Ernst-Joachim M e y e r
für die freundliche Überlassung des Themas und seine
liebenswürdige Unterstützung bei der Auswertung der
statistischen Unterlagen.

Lebenslauf:

Am 5. April 1925 wurde ich als Tochter des Arztes Dr. med. Johannes Ullmann und seiner Ehefrau Margarete, geb. Groth in Breslau, geboren. In Glatz/Schlesien besuchte ich die Maria-Theresia-Oberschule für Mädchen und begann an der Universität Breslau Medizin zu studieren. Durch die Kriegseignisse wurde mein Studium unterbrochen. Im Winter 1953 studierte ich an der Universität München weiter und legte im Sommer 1954 hier die ärztliche Vorprüfung ab. Im Herbst 1957 meldete ich mich zur ärztlichen Schlußprüfung an der Ludwig-Maximilians-Universität zu München.

